La contraception

Sommaire :

Introduction

1 - Les méthodes contraceptives
2 - La stérilisation féminine et masculine
3 - Choix d'une méthode contraceptive

Points essentiels

Introduction

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée .C'est une nécessité pour planifier la grossesse et pour essayer de diminuer le nombre d'IVG, de l'ordre de 200.000 chaque année. En France, plus de 2 femmes sur 3 utilisent un moyen de contraception, le principal étant actuellement la contraception orale. Le choix dépend de nombreux facteurs : culturels, médicaux, périodes de la vie… mais sauf cas particulier, c'est à la femme de choisir sa contraception ce qui est essentiel dans l'observance et donc l'efficacité de la méthode.

De plus, la surveillance systématique des femmes prenant une contraception est l'occasion de donner des conseils éducatifs sur la sexualité et les IST.

Le rôle du médecin est en particulier :
- d'informer la patiente sur les avantages, les inconvénients et les échecs de la méthode retenue,
- d'éliminer les contre-indications éventuelles et de proposer le produit le plus adapté à la patiente.

I. Les méthodes contraceptives

A. Efficacité des principales méthodes contraceptives

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl : R, qui est le nombre de grossesses « accidentelles » x 1200/nombre total de mois d'exposition. A titre d'exemple, R=2 veut dire que 2 femmes sur 100 soumises à la méthode pendant 1an ont été enceintes au cours de cette période d'exposition.

Tableau 1: Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives :	
Méthode	**Indice de Pearl**
Oestro-progestatifs combinés	0,15-0,45
Microprogestatifs	0,5 - 2
Dispositif intra-utérin	0,3 - 2
Préservatifs	0,6 - 8
Ovules	6 - 8
Spermicides	1 - 6
Tampons, éponges	3 - 5
Continence périodique	15
Implanon	±0

B. La contraception hormonale

1 - La contraception estroprogestative

Elle comprend la pilule utilisée par 60% des patientes souhaitant une contraception mais aussi depuis peu un patch et un anneau vaginal contraceptifs. Il existe toute une variété de produits qui diffèrent selon leur composition , leur dosage et leur coût.

Son efficacité théorique est grande, proche de 0 grâce à 4 verrous contraceptifs :
- Inhibition de la croissance folliculaire
- Absence de pic LH et FSH sous la dépendance de l'estrogène et surtout du progestatif
- Modifications de la glaire cervicale, épaisse et rare, sous la dépendance du progestatif
- Atrophie de l'endomètre, inapte à la nidation sous la dépendance du progestatif.

a. Prescription d'un estroprogestatif.

L'objet de la consultation est triple :

- Expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception et de la forme galénique choisie,

- Faire un examen général et gynécologique (facultatif la 1ère fois) avec comme objectifs d'identifier d'éventuelles contre-indications et de réaliser le dépistage des IST, des dysplasies cervicales ou de toute pathologie sévère,

- Informer, éduquer et répondre aux questions sur la sexualité, la contraception, les IST et la grossesse.

Un interrogatoire de qualité complété par un examen clinique et éventuellement un bilan biologique permettront de dépister les contre-indications (C.I.) et de choisir le meilleur composé.

Bilan clinique

* L'Interrogatoire est le temps le plus important (+++) :
- Age : méfiance au-delà de 40 ans
- ATCD familiaux et surtout personnels : maladie thromboembolique, tabac, diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires ou hépatiques, hyperlipémies, lupus…), tous éléments pouvant être source de C.I.
- ATCD obstétricaux particuliers pouvant contrindiquer les EP (macrosomie, diabète gestationnel, HTA gravidique, prurit et/ou ictère récidivants de la grossesse, herpès gestationis)
- Signes fonctionnels gynécologiques (troubles du cycle…), pouvant justifier un bilan préalable

* Examen :
- Général (TA, poids),
- Mammaire et gynécologique, avec réalisation éventuelle du premier frottis ou vérification de la date du dernier frottis cf dépistages cancers,
- Etat veineux,

*** Prescrire un bilan biologique**
- Glycémie à jeûn,
- Triglycéridémie,
- Cholestérol total.

Ce bilan sera réalisé, en l'absence de facteurs de risque, au bout de 3 à 6 mois de prise d'EP.

Les contre-indications aux contraceptifs estroprogestatifs ?
- Les unes sont absolues:
.antécédents thrombo-emboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer, HTA, lupus.
. antécédents d'ictère cholostatique dont l'équivalent est le prurit gravidique.
. la prise concomitante de tuberculostatiques (Rifampicine*), d'anticonvulsivants inducteurs enzymatiques (Gardenal*, Tregetol*…), de millepertuis , du fait d'un risque d'inefficacité.
- Les autres sont relatives : varices importantes, antécédents psychiatriques, antécédents de spanioménorrhée, fibromes, mastopathies bénignes, diabète insulino-dépendant, obésité. Quant au tabac, il est difficile de l'interdire chez les jeunes, mais au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardio-vasculaires et doit figurer dans les contre-indications relatives

Quel produit choisir ? :
- La pilule est de loin la 1ere prescription: Il faut impérativement choisir une minipilule, dont le choix dépend du coût, du souhait de remboursement et de l'expérience du prescripteur.
- Le patch a l'avantage d'une administration hebdomadaire qui en améliore l'observance mais il n'est pas remboursé. - L'anneau vaginal peut intéresser les femmes ayant des problèmes d'observance (il est mis en place sans changement 3 semaines sur 4) ou une médiocre tolérance digestive avec la pilule

Schéma de traitement et surveillance d'une patiente sous pilule
- Prescription initiale : commencer la 1ère fois le 1er jour du cycle (au plus tard le 3éme jour), prendre un cp./j dans l'ordre du pilulier pendant 21 jours; arrêter 7 jours et reprendre 21j …sans tenir compte de l'arrivée des règles qui surviendront pendant cette phase d'arrêt. Avec les pilules à 15µg d'EE la prise est continue, 28j / 28j sans phase d'arrêt. La prescription initiale est souvent pour 3 ou 6 mois.
- Visite du 3è ou 6è mois : elle a pour but d'apprécier la tolérance générale, de répondre aux questions sur les petits ennuis éventuellement observés et de prendre connaissance du bilan biologique prescrit au bout de quelques mois de prise de pilule
- Surveillance annuelle : une visite annuelle suffit avec contrôle de la TA et du poids et l'ordonnance peut être renouvelée : « 1 boite de trois plaquettes renouvelable 1 an » ; le bilan biologique peut être conseillé tous les 5 ans en l'absence de fait nouveau.

Il n'y a pas lieu d'arrêter la pilule de temps en temps ("fenêtres thérapeutiques") : c'est illogique, inutile et source de grossesses intempestives.

b. Que faire en cas d'oubli de pilule ?

L'oubli est responsable de 5 à 10 % des IVG.
- Le risque essentiel est pour les rapports ayant lieu après l'oubli de pilule : il faut se méfier et prendre toute précaution jusqu'aux règles suivantes.
- Le risque est maximal au début de la plaquette car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.
- La contraception d'urgence(Norlevo*) est un bon recours s'il y a eu un rapport le jour de l'oubli
- Si l'oubli est de moins de 24 heures, compenser le comprimé oublié par la prise de 2 comprimés puis continuer jusqu'à la fin du pilulier.
- Si l'oubli est de plusieurs comprimés, il y a souvent des métrorragies et le plus simple est de stopper puis de reprendre au 1er jour des règles.

c. Les petits ennuis sous pilule

- Métrorragies ou spotting par atrophie endométriale ++
- Prise de poids de 1 à 2 kg ou rétention hydrosodée minime,
- Oligoménorrhée,
- Mastodynies,
- Jambes lourdes,
- Sécheresse vaginale,
- Modification minime du système pileux,
- Diminution de la libido .

La plupart de ces petits ennuis sont de courte durée

d. Les complications des contraceptions estroprogestatives

Elles sont communes à tous les contraceptifs estroprogestatifs, pilule, patch et anneau vaginal

Maladies cardio-vasculaires :

Le risque vasculaire est le principal préjudice des EP (+++) ; il est responsable d'un surcroît de mortalité, en forte diminution depuis la généralisation de la minipilule :
- Risque thrombo-embolique x 4 : risque dose-dépendant des estrogènes, indépendant de la durée de la prise et non influencé par le tabac,
- Risque coronarien x 2 : dépend de la dose et de la potentialisation par d'autres facteurs : âge, tabac, diabète, obésité, HTA (lié à l'estrogène plus qu'aux progestatifs),
- Risque vasculaire cérébral (x 1,5 à 2) : accidents ischémiques vertébro-basilaire et carotidiens.
- HTA : 5 %

Le mécanisme des accidents tient plus aux troubles de l'hémostase (veineux) et à des spasmes vasculaires (artériels) qu'à des troubles métaboliques (cholestérol).

Risques divers

- Cancers gynécologiques.Les EP augmentent discrètement le risque de dysplasie cervicale.Il y a une faible augmentation du risque de cancer du sein.
- Pathologies hépatiques

Les EP augmentent le risque de :

- Ictère cholestatique.

- Lithiase biliaire,
- Tumeur du bénigne du foie (hyperplasie nodulaire et adénome).

- Modifications métaboliques. Les EP ont en commun de :

- Diminuer la tolérance au glucose chez les femmes normales
- Entraîner un hyperinsulinisme modéré,
- Générer une hyperagrégabilité plaquettaire, une augmentation des facteurs VII, VIII, X,
- Augmenter les triglycérides et l'HDL-cholestérol. (dose-dépendant)

…et nombreux bénéfices

Les EP diminuent significativement les risques de :

- Cancer de l'ovaire et de l'endomètre (+) ,

- Kystes ovariens
fonctionnels,
- Salpingites,

- GEU,

-
Dysménorrhée,

- Anémie par hypoménorrhée

2. La contraception progestative

a. Principe et mode d'action

Les progestatifs peuvent être utilisés selon 3 méthodes:
- Les micro-pilules très faiblement dosées en progestatifs entraînent essentiellement une modification de la glaire et facultativement une action sur les secrétions de LH et FSH. Elles sont administrées en non-stop 30 jours/30 qu'il s'agisse de Milligynon®, Microval® (la seule remboursée S.S.), Cérazette® (avec un progestatif de 3ème génération au désogestrel).
- Les macro-progestatifs : Certains progestatifs dérivés des 19 Nor-pregnane sont contraceptifs par inhibition des gonadotrophines hypophysaires et action sur la glaire ; ils sont administrés du 5ème (6) au 25ème jour de chaque cycle ou 20 jours/28. Trois produits sont utilisés ainsi à 1 cp/jour : Lutenyl®, Surgestone 500® Luteran 10®. Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.
- Implanon® est un nouveau concept de contraception progestative exclusive, réalisée par la pose d'un implant d'étonogestrel, sous la peau, à la face interne du bras non dominant dans le sillon entre le biceps et le triceps. Sa durée d'action est de 3 ans (2 ans chez les obèses) et son taux de succès très proche de 100 %.

b.Inconvénients de la contraception progestative

- Avec la micro pilule :
3 patientes sur 10 présenteront des troubles du cycle, soit aménorrhée soit spottings continuels. Ces deux phénomènes sont liés à une perturbation de l'ovulation tout comme les mastodynies ou les douleurs pelviennes dont se plaignent certaines femmes sous micro-pilule. Ces phénomènes sont moins fréquents avec Cérazette®.
- Avec Implanon®, l'aménorrhée et les spottings sont assez fréquents et doivent être bien expliquées aux patientes.

c. Indications :

La micro-pilule est essentiellement conseillée en cas de contre-indication vasculaire et métabolique aux oestroprogestatifs, car elle n'a aucun retentissement sur ces métabolismes ; de ce fait aucune surveillance biologique n'est également nécessaire.

Implanon® convient à celles qui ne veulent plus penser à leur contraception et souhaitent une grande fiabilité.

C. Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU)

Les DIU ou stérilets sont la deuxième méthode de contraception en France avec 25% d'utilisatrices en cas de souhait contraceptif

1. Différents modèles de stérilets

a. DIU au cuivre

- Adjonction d'un fil de cuivre.
- Modèles commercialisés : Nova T, UT 38O, TT 380, ML Cu 375, MLCu Short, Gynelle 375.
- Durée d'utilisation 5 ans
- Leur mode d'action est multiple : au niveau de l'endomètre (réaction inflammatoire) et de la glaire cervicale (diminution de la mobilité des spermatozoïdes)…

b. DIU au progestatif

- Adjonction de
levonorgestrel
- Modèle commercialisé : Mirena* : durée d'utilisation 5 ans.
- Surtout indiqué chez les patientes présentant des ménorragies ou une dysménorrhée.
- Outre les modes d'action précités, le progestatif est responsable d'une atrophie endométriale et d'une raréfaction de la glaire.

2. Indications

L'indication principale est le souhait de la femme à condition qu'il n'y ait pas de C.I.. En pratique, en France il s'agit le plus souvent d'une multigeste ne désirant plus d'enfant, dont l'appareil génital est sain et dont la vie sexuelle est stable.

3. Les Contre-indications

Contre-indications absolues :
- Grossesse,
- Infection génitale haute,
- Trouble de la crase sanguine (DIU au cuivre),
- Cardiopathies valvulaires (risque de greffe oslérienne)

Contre-indications relatives :
- Anomalies de la cavité utérine (fibrome, malformation) :
- Traitements anticoagulants,
- ATCD de GEU,d'infection génitale haute,
- Partenaires multiples,
- Maladies imposant une corticothérapie ou un traitement anti-inflammatoire au long cours
- Maladie de Wilson (DIU au cuivre).

4. Technique de pose d'un DIU

Le choix du modèle dépend des conditions anatomiques (volume utérin, ouverture du col), du souhait exprimé par la patiente de diminuer le volume des règles et des habitudes du médecin.

a. Moment de l'insertion

- pose en fin de règles et avant le 14ème si la patiente est sans contraception,
- peut être placé théoriquement immédiatement après une IVG ou après un accouchement, même par césarienne mais complications + fréquentes. En Europe, attendre 6 semaines ou le retour de couches après un accouchement normal.
- En contraception du lendemain après un rapport non protégé, jusqu'à 6 jours après.

b. Technique d'insertion et incidents

- TV pour connaître l'orientation de l'utérus (anté ou rétroversé),
- Mise en place du spéculum et désinfection cervico-vaginale,
- Pose d'une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus afin de mettre le col dans l'axe du corps utérin,
- Hystérométrie,
- Introduction douce de l'inserteur jusqu'au fond utérin (sensation de butée),
- Retrait de l'inserteur en fonction du modèle,
- Section des fils à 1 cm de l'orifice externe du col,

Les incidents possibles lors de la pose sont :
- Douleurs à type de crampes ou de contractions, surtout chez les anxieuses,
- spasme du col,
- malaise vagal, surtout chez les anxieuses.

Un accident rare : la perforation, souvent isthmique, engendrant une douleur +++

5. Acceptabilité et complications

a. Ennuis mineurs :

- Hémorragies : c'est l'inconvénient le + fréquent, cause de10 à 15 % des motifs d'abandon du DIU. Il s'agit soit de ménorragies +++ (Traitement : Exacyl® ou Ponstyl® 6 cp/jour).soit de saignements intermenstruels (spotting, métrorragies). En cas de métrorragie inhabituelle, pensez infection et GEU
- Douleurs pelviennes à type de contractions
- Leucorrhées exacerbées par la présence du DIU et de son fil
- Dysménorrhée : par concentration élevée en prostaglandines, avec les DIU au cuivre ; proposer des AINS (Antadys®, Ponstyl®). En cas d'échec on peut proposer un DIU au lévonorgestrel.

b. Les complications :

Expulsion :
Taux d'expulsion : < 5% des femmes après 1 an d'utilisation,
Survient le + souvent dans les 3 premiers mois après la pose,
Passe inaperçue 1 fois sur 5,
Diagnostic : disparition des fils repères ou fil anormalement long dans le vagin (déplacement), confirmation par échographie.

Perforation :
- Rare : 1,2 ‰. liée à :
  - l'inexpérience de l'opérateur,
  - une introduction en force.
  - des causes utérines : fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, utérus très antéversé ou rétroversé, utérus hypoplasique,

La perforation est généralement contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors de vives douleurs. Elle peut s'effectuer à distance, elle est alors souvent asymptômatique.
Diagnostic clinique : disparition des fils.
Echographie voire ASP pour localiser le DIU.
Traitement : ablation du DIU sous hystéroscopie en cas de perforation incomplète
Sous coelioscopie, voire laparotomie en cas de perforation complète (à discuter).

c. Infection génitale

- Complication la + grave du fait du risque accru de stérilité
- Fréquence : 3 à 9 %.
- Populations à risque : femmes jeunes (< 25 ans), nulligestes, ayant des rapports sexuels avec des partenaires différents.
- Le moment le plus à risque est celui de la pose +++
- Le 1er stade de l'infection est l' endométrite qui doit être suspectée sur des signes souvent discrets : algies pelviennes, fébricule, métrorragie, glaire sale, leucorrhées malodorantes, il faut retirer le DIU avec mise en culture , faire NFS ,CRP , ECBV avec recherche de chlamydia et proposer une antibiothérapie. On peut aussi observer salpingite, abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite cf Salpingite

d. Le risque de grossesse

Il n'est pas négligeable(0.3 à 2 %) et la patiente doit être prévenue avant la pose du risque de grossesse intra-utérine (et GEU), quel que soit le type de stérilet en lui recommandant de consulter rapidement en cas de troubles du cycle (aménorrhée, métrorragies).

D. La contraception vaginale

2 à 3 % d'utilisation en France.

1. Méthodes:
- spermicides : crème, ovules, tampons
- diaphragme
- préservatif féminin

Indications :
- vie sexuelle épisodique,
- suites de couches ou d'IVG,
- contraception de relais,
- contre-indications à la pilule et au DIU

Contre-indications :
- Femmes non motivées
- retard mental,
- mycose vaginale récidivante.

2. Spermicides

Produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale et ont une action spermicide et éventuellement bactéricide. La plupart des produits ont comme principe actif le chlorure de benzalkonium ; ils ne sont pas remboursés Sécurité Sociale:
- Alpagelle® : crème contraceptive, tube avec applicateur-doseur ou doses unitaires,
- Pharmatex® : ovules contraceptifs, crème, unidose,
- Chlorure de Benzalkomium® Théramex : ovules contraceptifs,
- Tampons Pharmatex : tampons imprégnés de crème contraceptive

Mode d'action : immobilisation de la queue et éclatement de la tête du spermatozoïde

Recommandation générale et mode d'emploi :
Éviter la toilette intime avec du savon et l'utilisation d'ovules antiseptiques car détruisent le principe actif et l'action contraceptive du produit.

En fonction des produits

Crème et ovules
- Application au fond du vagin, (au moins 10 min. avant le rapport pour l'ovule),
- Protection de 4 h,
- Nouvelle application avant chaque rapport,
- Pas de toilette vaginale dans les 2 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent
- Indice de Pearl : 2-6 %.
-Innocuité totale et tolérance vaginale excellente (< 2 % d'effets indésirables : brûlure vaginale, picotement chez le partenaire).

Tampons et éponges

- Pas de toilette vaginale dans les 4 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent,
- Enfoncer le tampon profondément dans le vagin,
- Efficacité immédiate, se maintenant pendant 24 h,
- Ne jamais retirer moins de 2 h après le rapport,
- Indice de Pearl : 3,5 %

3. Obturateurs féminins :

a. diaphragmes (remboursés 70 % SS)

Très peu utilisé en France :
Plusieurs modèles commercialisés en fonction de leur taille : 50 à 90 mm de diamètre (Diafam).
Les 2 faces de la cupule doivent être imprégnées d'une crème spermicide, renouvelée lors de chaque rapport. Le diaphragme doit être placé 2 h avant le rapport et retiré plus de 2 h après.
Indice de Pearl : 8 à 17 %.Ce taux d'échec est corrélé à une mise en place défectueuse .
Contre-indications : cystocèle, indiscipline, pudeur....

b. préservatifs féminins (Femidon®)

Préservatif lubrifié sur les 2 faces, de forme oblongue fermé au niveau de l'extrémité interne.
L'anneau interne est placé au fond du vagin.
L'anneau externe repose au niveau de l'orifice vulvaire.
Acceptabilité > 50 % mais.nécessité d'une période d'apprentissage.
Très efficace contre les IST.
Adapté aux femmes qui ont une vie sexuelle irrégulière et espacée.

E. La contraception naturelle

Méthode de la glaire cervicale (Billings)
¤ Abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction dans le vagin de 2 doigts puis écartement pour apprécier la filance,
¤ Abstinence à poursuivre 4 j après l'apparition de la dernière glaire humide.

Coït interrompu (retrait).
Taux d'échec élevé (15 %.), peu efficace, très astreignante et source de difficultés conjugales.

Méthode Ogino-Knauss
- Se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (3 j) et sur celle de l'ovule (1 j),
- Rapports interdits du 10ème au 18ème j d'un cycle de 28 j,
- Inefficace en cas de troubles du cycle car l'ovulation survient à des dates variables.

Méthode des températures
¤ Rapports possibles seulement 2 j après la montée de la température,
¤ Limite les rapports à la période post-ovulatoire,astreignant.

F. Préservatifs masculins ou condoms (non remboursés)

- Assurent une bonne protection contre les I.S.T
- Avec ou sans réservoir, opaque ou transparent, de différentes couleurs.
- Préférer les préservatifs comportant le label NF
- Doit être placé sur la verge en érection avant toute pénétration (nécessité d'un apprentissage)
- Dès que l'intumescence se produit, retrait en maintenant le préservatif contre la base de la verge pour éviter tout reflux de sperme.
- ndice de Pearl : 0,6 à 6,8 % (amélioré lorsqu'il est utilisé conjointement avec un spermicide).

G. La contraception d'urgence ?

L'objectif est d'utiliser une méthode empêchant la nidation de l'œuf.

Deux possibilités sont envisageables :

1. Un contraceptif hormonal :

Norlevo® contenant 1,50 mg de levonorgestrel est le seul produit +++ dans cette AMM:
- Disponibilité sans autorisation médicale (vente libre)et gratuite chez la mineure
- 1 cp à prendre le plus tôt possible et <72h, remboursé SS sur ordonnance.
- La tolérance est bonne,
- Le taux d'échec est rare, < à 5%

2. Le DIU :
- Il doit être mis dans les 5 jours après le rapport non protégé,
- La tolérance est bonne,
- L'efficacité est proche de 100%,
-A recommander aux patients qui envisagent ce mode de contraception pour l'avenir.

II. La stérilisation féminine et masculine

Suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines .

A. Méthodes

1. Stérilisation tubaire

Elle doit être considérée comme une intervention irréversible sur le plan de la restauration tubaire.

Plusieurs voies sont possibles
:
- hystéroscopique : insertion d'un implant métallique (dispositif Essure®) dans la portion juxta utérine de la trompe, par voie vaginale.
- coelioscopique : On réalisera de préférence la mise en place de clips ou d'anneau de Yoon (destruction tubaire + importante avec l'anneau qu'avec le clip) ou une electrocoagulation à la pince bipolaire avec résection tubaire
- par voie vaginale (culdotomie postérieure) ou par laparotomie au cours d'une autre intervention.

Les conséquences potentielles : 0,5 à 1 % de complications graves, principalement liés à l'abord coelioscopique ; et regrets (< 10 %), minimisés par le respect des bonnes pratiques recommandées par l'encadrement réglementaire. Elles doivent faire l'objet d'une information.

2. Chez l'homme la technique de stérilisation est la vasectomie bilatérale ou ligature des déférents :

- Section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule,
- Efficacité non immédiate : seulement après 90 j (délai correspondant à la période de maturation),
- Reperméabilisation possible mais résultats < 70 %.

B. Aspect juridique.

La pratique des stérilisations est encadrée par des textes réglementaires : Loi n°2001-588 (4 juillet 2001), et Circulaire d'application (septembre 2001) :

- La stérilisation est interdite chez les mineurs, et ne peut être pratiqués que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.
- Les personnes demandeuses d'une stérilisation :
- doivent faire l'objet d'une consultation médicale initiale, au cours de laquelle la personne sera informée des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et un dossier d'information écrite (servant de support à l'information orale) lui sera remis,
- doivent disposer d'un délai de réflexion de 4 mois après la consultation médicale initiale, et de confirmer leur volonté, par écrit.
-Tout médecin sollicité par une personne demandeuse d'une stérilisation dispose d'une clause de conscience, mais doit l'informer de son refus dés la consultation initiale.
Leur réalisation n'est possible chez les handicapés mentaux majeurs sous tutelle que s'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception, ou une impossibilité de les mettre en œuvre efficacement. Elle fera alors l'objet d'une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu parents ou représentant légal, confirmé le consentement de la personne concerné, et présenté le dossier à une commission spécifique.

III. Choix d'une méthode contraceptive

A. En fonction de la période de la vie génitale :

Adolescente
La contraception hormonale est la méthode de choix associé à un préservatif surtout utile à prévenir le risque d'IST.
Pilule minidosée, remboursée (Minidril®,Trinordiol®), ou adaptée à une acné fréquente à cet âge.

Après 35 – 40 ans
Tenir compte du tabagisme, du poids, du terrain cardiovasculaire et mammaire.
- Le DIU au progestatif pour celles, fréquentes, qui ont des ménorragies.
- La pilule garde une place en l'absence de facteur de risque.

Postpartum : c.f. cours " Suites de couches "
La prescription est relativement codifiée :
- Avant 2 mois : méthode naturelle ou spermicide, microprogestatif à partir du 10ème jour en cas d'allaitement ou pilule minidosée à partir du 21ème j en l'absence d'allaitement,
- Après 2 mois : toute méthode est possible si l'allaitement est arrêté, sinon DIU ou pilule minidosée,
- Le DIU peut être posé 1 mois après l'accouchement

Post-abortum
La fertilité est rétablie dès le 1er cycle s'il s'agissait d'une grossesse < 12 semaines.
La contraception pourra être démarrée immédiatement.

Sportive de haut niveau
Existence de troubles du cycle fréquents pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée avec hypo-oestrogénie et risques de déminéralisation osseuse: La contraception oestro-progestative logique pour compenser le déficit hormonal.
Pilule " non stop " pour éviter la survenue d'une hémorragie de privation qui peut être gênante lors des compétitions, ce qui est facile à faire avec les monophasiques.

B. En fonction de l'association à certaines thérapeutiques :

Produits diminuant l'efficacité des oestroprogestatifs (++)
- Inducteurs enzymatiques du métabolisme hépatocytaire des stéroïdes contraceptifs (Rifampicine, certains anticonvulsivants, Millepertuis utilisé dans les petites dépressions).
Ces prescriptions doivent inciter à revoir le mode de contraception du fait d'un taux d'échec non négligeable avec la pilule. - Inhibiteurs de la réabsorption intestinale des estroprogestatifs (cholestyramine, antibiotiques oraux : ampicilline, néomycine, tétracyclines surtout).
L'ensemble de ces effets est fonction de la biodisponibilité des oestroprogestatifs (facteur personnel) et de la durée du traitement intercurrent. En pratique, ceci est de peu de conséquences.
Produits dont la toxicité hépatique ou l'efficacité est augmentée par les oestro-progestatifs :
- Association TAO-estroprogestatifs est contre-indiquée,
-Les oestroprogestatifs augmentent :
. la toxicité hépatique des IMAO, des antidépresseurs tricycliques et de l'alphaméthyldopa,
. la demi-vie plasmatique du nitrazépam, du diazépam, du chlordiazépoxide.

C. En fonction de certaines pathologies :

* Insuffisance rénale
- Microprogestatifs en continus,
- Lutéran10® : 1 comprimé du 5e au 25e j du cycle ou 20j/28.

* Problèmes dermatologiques
- Séborrhée, acné, alopécie androgénique sont améliorées ± rapidement par l'acétate de cyprotérone (Holgyème®, Diane®), ou le norgestimate (Triafémi®, tricilest®)
- L'érythème noueux, la sclérodermie sont des contre-indications à la contraception hormonale,
- Lupus : Lutéran10® : 1 comprimé 20j/28 voire Androcur® : 1 comprimé 20 jours/mois

* Ophtalmologie

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique dans 5 cas :
- diabète,
- myopie importante,
- glaucome,
- migraine ophtalmique,
- monophtalmie.

Sous EP une consultation urgente est recommandée en cas de survenue de :
- Diplopie,
- Hémianopsie,
- Altération du champ visuel,
- Amaurose,
- Baisse de l'acuité visuelle.

* ORL
Arrêt urgent des EP en cas de baisse brutale de l'acuité auditive.

* Diabète :
- Le DIU est possible s'il n'y a pas d'antécédent infectieux gynécologique.
- La pilule n'est possible qu'en cas de diabète insulino-dépendant bien équilibré, sans complication oculaire.
- Il existe une place à la stérilisation dès que le nombre de grossesse souhaité a été obtenu.

* Mastopathies bénignes
- Méfiance avec les EP (risque mal évalué)
- Les micropilules augmentent la dysovulation et le risque de mastodynie.
- Utilisation possible des macroprogestatifs discontinus ou du DIU

* Dystrophie ovarienne
Contre-indication des microprogestatifs continus (faible action antigonadotrope).
En l'absence de signes d'hyperandrogénie : minidosées à 30 µg voire normodosées
Quand signes d'hyperandrogénie : Androcur, 1cp 20 j / mois + dose percutanée de 17 E2 20 j/mois

Points essentiels

¤ Il n'y a pas de contraception idéale ; à chaque femme, à chaque couple sa contraception.
¤ La prescription doit être rédigée en fonction des valeurs morales, religieuses, de la sexualité, du profil psychologique et du niveau de compréhension.
¤ Il y a des CI à la pilule dont le dépistage repose plus sur l'interrogatoire que sur les bilans.
¤ Les accidents thrombo-emboliques veineux sont le principal préjudice des EP, quel qu'en soit le dosage et dès le premier mois d'exposition : interrogatoire et respect des contre-indications en diminuent le risque.
¤ L'association âge supérieur à 35 ans, pilule et tabac constitue un mélange détonnant. Entre tabac et pilule, il faudra choisir.
¤ Le stérilet a un risque de grossesse non négligeable parfois extra-utérine et quelques inconvénients, ménorragies en particulier. Il est également utilisable chez les nulligestes (ANAES).
¤ La contraception est le seul moyen préventif de l'IVG ; quand elle a été oubliée, il reste la contraception d'urgence(Norlevo* ou DIU).
¤ Le risque d'echec de la contraception orale en cas d'oubli est maximal au début de la plaquette (7 premiers jours) car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.
¤ Les méthodes de stérilisation nécessitent de respecter des régles juridiques précise et sont contre indiquées chez les mineures.

Dernière mise à jour : 10/10/2007